

Actuaciones a nivel intersectorial

Las estrategias para mejorar la calidad de la nutrición deben basarse en la coordinación entre los profesionales relacionados con la nutrición, los reponsables de garantizar la seguridad alimentaria y el resto de agentes que participan en la producción, comercialización y control de los alimentos.

11. La cooperación de los profesionales de sectores como la agricultura, la industria de la alimentación, los mayoristas, los minoristas, y los consumidores debe ser reforzada.
12. Todos los sectores implicados deberán guiarse por políticas de seguridad alimentaria que garanticen el mínimo riesgo alimentario.
13. Se debe mejorar el etiquetado de los alimentos para que los consumidores puedan conocer con mayor precisión su composición.

Desigualdades

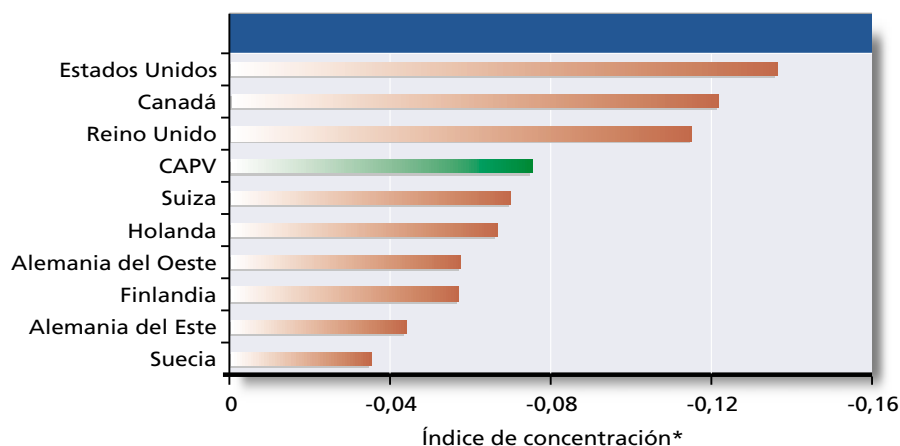
14. Se deben establecer políticas intersectoriales para mejorar la nutrición de las mujeres en edad fértil y de sus hijos menores, dando prioridad a la eliminación de la pobreza alimentaria, y a la prevención y reducción de la obesidad.
15. Las estrategias de información y educación deben ir dirigidas específicamente a los niños, los adolescentes, los ancianos y las personas desfavorecidas.

2. Desigualdades sociales en salud

La equidad es uno de los principios informadores del sistema sanitario vasco, junto con la universalidad, la solidaridad, la calidad de los servicios y la participación ciudadana. El análisis de la equidad en la provisión de servicios públicos de salud en la CAPV indica que su grado global de equidad es difícil de mejorar. Pero no es este ni el único ni el principal factor determinante del estado de salud. Así, como sucede en todos los países desarrollados, se encuentran sensibles diferencias en el nivel de salud de la población en función de su nivel socio-económico (figura 15). Las causas de estas diferencias y sus posibles soluciones son complejas y multifactoriales. No obstante, a nivel internacional se han acumulado evidencias sobre la efectividad de las políticas dirigidas a la disminución de las desigualdades sociales en salud.

Por todo ello, este Plan de Salud entiende que es prioritario desarrollar políticas de salud que reduzcan las diferencias de salud entre los diferentes colectivos de la CAPV.

Figura 15. Desigualdades en la autovaloración de la salud según el nivel de ingresos económicos.



* Los valores más negativos indican una mayor desigualdad que beneficia a los más ricos.

2.1. Equidad y desigualdades sociales en salud

La noción de equidad se relaciona con la de justicia. La equidad puede ser definida como la “cualidad de un trato en el que ninguna de las partes es injustamente favorecida en perjuicio de otra” y la inequidad hace referencia a las diferencias innecesarias, evitables e injustas. Un concepto relacionado con el de equidad en salud es el de desigualdad. Las desigualdades hacen referencia a las diferencias que se observan entre los grupos, no necesariamente inequitativas.

Al hablar de desigualdades sociales en salud se hace referencia a las relacionadas con la clase social y las condiciones socio-económicas de vida.

La equidad en los niveles de salud se constata al observar las diferencias en el nivel y calidad de la salud entre grupos de personas, en función de su condición social, lugar de residencia, género, etc. Sin embargo, no todas las diferencias en salud son consideradas como injustas. En general, las diferencias debidas a la variabilidad biológica y las conductas relacionadas con la salud libremente adoptadas no son consideradas inequitativas. Por el contrario, las diferencias debidas a condiciones de vida y trabajo no saludables, a conductas dañinas para la salud en las que la libertad de elección está limitada, o a un acceso inadecuado a servicios de salud y otros servicios comunitarios son consideradas como producto de inequidades.

Las desigualdades sociales en salud suponen un reto para las sociedades modernas y para las políticas de salud ya que gran parte de esas diferencias se consideran injustas. Además, la reducción de los problemas de salud de los grupos más desfavorecidos, aparte de ser la clave de las políticas redistributivas, ofrece un gran potencial de mejora de la salud promedio del conjunto de una comunidad. A igual nivel de condiciones materiales de vida, son más saludables aquellas sociedades que menos desigualdades sociales presentan, en las que la cohesión social y la solidaridad están más desarrolladas. Estas razones han hecho que la equidad en la salud sea una de las prioridades de las políticas sanitarias de los países de nuestro entorno. En la “Política de Salud para Todos para el siglo XXI” (Salud 21), la equidad en salud es uno de los valores básicos que sustentan la política de salud para la Región Europea, y constituye uno de sus 21 objetivos.

En los últimos años, el desarrollo de los sistemas de información ha permitido mejorar el conocimiento sobre las desigualdades sociales en salud de nuestra comunidad y sobre el grado de equidad de nuestro sistema sanitario. Junto a ello, a nivel internacional se han acumulado evidencias sobre la efectividad de las políticas dirigidas a la disminución de las desigualdades sociales en salud, así como sobre la viabilidad de tales políticas.

2.2. Magnitud y distribución de las desigualdades sociales en salud

En los últimos años se ha producido una gran mejora del estado de salud de nuestra comunidad. Sin embargo, a semejanza de lo constatado en otros países desarrollados, las personas de nuestra comunidad tienen un nivel de salud diferente según sus condiciones sociales.

Por medio de la ESCAV-97 se estudia la salud de la población mediante la utilización de diversos indicadores, de los que destacamos los siguientes:

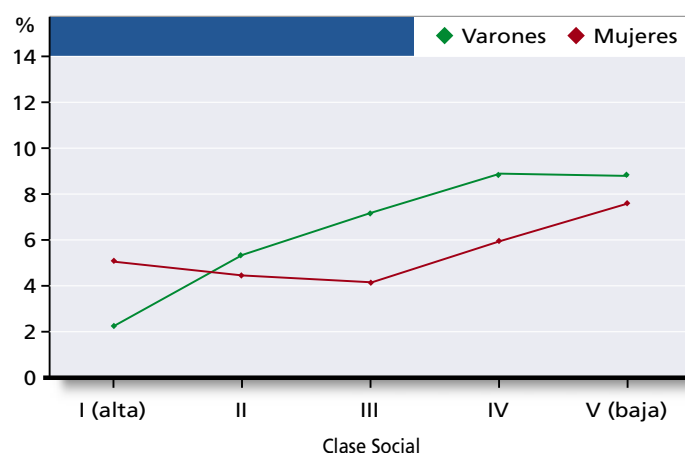
2.2.1. Salud percibida

◆ Grado de salud

La autovaloración de la salud es un indicador que refleja la apreciación que el individuo realiza de su propia salud y es reconocido como un buen predictor de la morbilidad y mortalidad de la población.

Los datos de la ESCAV-97 evidencian que las personas de la clase social más baja tienen una probabilidad tres veces mayor de tener mala salud percibida que las de la clase más alta y, a pesar de que es notoria la mejoría observada en la salud de las diferentes clases sociales, las desigualdades entre las mismas no se han reducido y continúan siendo mayores entre los varones que entre las mujeres (figura 16). Este patrón es similar al de los países de nuestro entorno.

Figura 16. Prevalencia de mala salud percibida (estandarizada por edad) según la clase social. CAPV, 1997



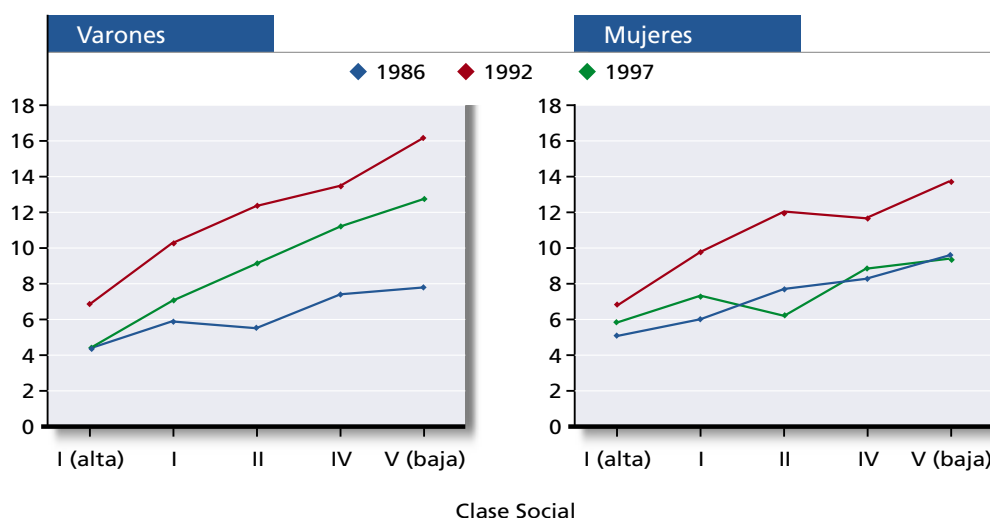
Fuente: Encuesta de salud de la CAPV.

◆ Incapacidad permanente

Al analizar la incapacidad funcional se observa claramente que las personas económicamente más favorecidas (clase social I) tienen una probabilidad mucho menor (50%) de tener una incapacidad funcional que las menos favorecidas (clase social V), siendo las diferencias sociales notablemente mayores en los varones que en las mujeres.

En la evolución de la prevalencia de incapacidad permanente en la CAPV se observa un aumento de las desigualdades sociales en ambos sexos entre 1986 y 1992, mientras que entre 1992 y 1997 dichas diferencias parecen haberse estabilizado (figura 17).

Figura 17. Prevalencia de incapacidad permanente según la clase social (estandarizada por edad). CAPV, 1986, 1992 y 1997



Fuente: Encuesta de salud de la CAPV.

2.2.2. Mortalidad y Esperanza de vida¹

◆ La esperanza de vida

La esperanza de vida en la CAPV en el bienio 1996-97 mostró un claro gradiente social en ambos sexos y para los distintos grupos de edad (tabla 24).

¹ Para el análisis de la mortalidad total se utilizaron los datos del bienio 1996-97, y los del periodo 1993-98 para el de la mortalidad por causas. Los datos de población y de las condiciones sociales se obtuvieron de la Estadística de Población y Viviendas de 1996.

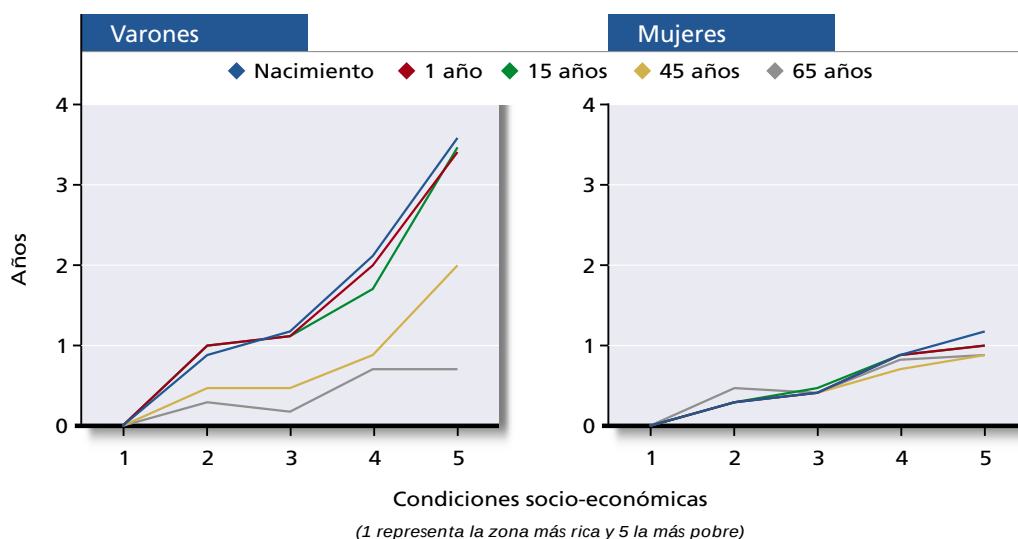
Tabla 24. Años de esperanza de vida por edad y sexo según las condiciones socio-económicas del lugar de residencia. CAPV, 1996-1997

	Mujeres					Varones				
Edad	Condiciones socio-económicas*					Condiciones socio-económicas*				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Al nacimiento	83,3	83,0	82,9	82,4	82,1	76,2	75,3	75,0	74,1	72,6
Al año	82,7	82,4	82,3	81,8	81,7	75,6	74,6	74,5	73,6	72,2
A los 15 años	68,9	68,6	68,4	68,0	67,9	61,8	60,8	60,7	60,1	58,3
A los 45 años	39,8	39,5	39,4	39,1	38,9	33,3	32,8	32,8	32,4	31,3
A los 65 años	21,5	21,0	21,1	20,7	20,6	16,4	16,1	16,2	15,7	15,3

* 1 representa la zona más rica y 5 la más pobre.

Las diferencias en la esperanza de vida entre los quintilos extremos fue de 3,6 años en los varones y de 1,2 años en las mujeres (figura 18). Los datos muestran que en los varones, las diferencias sociales en la esperanza de vida son principalmente la consecuencia de su experiencia en su juventud y en la edad productiva. En las mujeres, las diferencias en la esperanza de vida al nacimiento son sólo discretamente superiores a las que se producen en las mayores.

Figura 18. Diferencias en la esperanza de vida por edad, según las condiciones socio-económicas del lugar de residencia. CAPV, 1996-1997



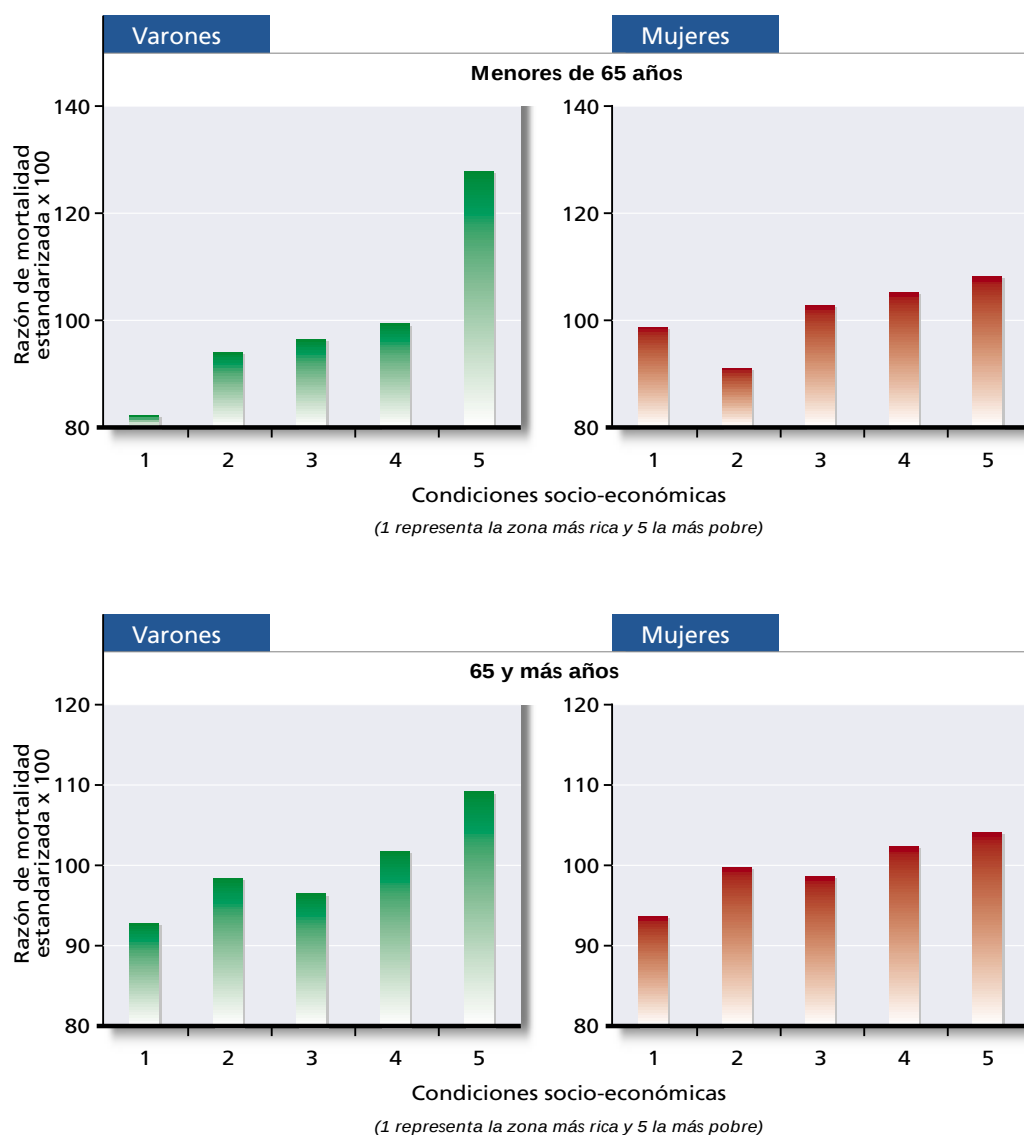
♦ Mortalidad por grupos de edad y sexo

Las diferencias sociales son también muy evidentes al estudiar las tasas de mortalidad.

En los varones menores de 65 años la mortalidad sigue un gradiente social muy claro, de manera que la mortalidad en los grupos más desfavorecidos es un 56% mayor que en los más favorecidos (figura 19). En las mujeres menores de 65 años, las diferencias son menores a las observadas en los varones.

En la edad media de la vida, entre los 30 a 64 años, se observa un gradiente social en ambos sexos, más marcado en los varones, llegando el gradiente en éstos hasta un 55%.

Figura 19. Mortalidad por todas las causas según las condiciones socio-económicas del lugar de residencia. CAPV, 1996-1997

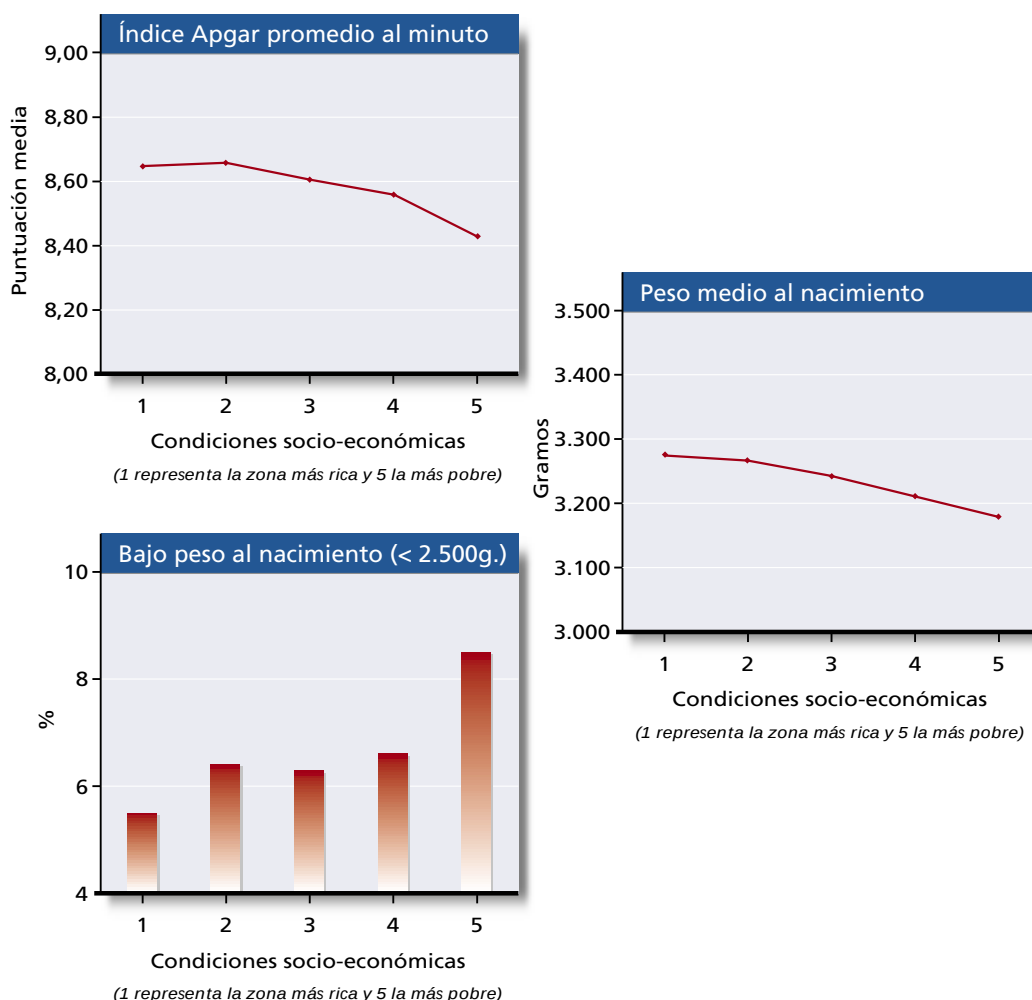


En los menores de un año, la mortalidad sigue también un claro gradiente social, y los de las secciones más desfavorecidas tienen una mortalidad un 53% mayor que los de las más ricas. En los varones de 1 a 14 años se observa un exceso en la mortalidad al comparar las secciones de los quintiles más pobres (3, 4 y 5) respecto al primero más rico y en los de 15 a 29 años se observa un gradiente monotónico, con un exceso en la mortalidad que llega a ser del 77% al comparar las secciones censales de los quintiles más extremos.

2.2.3. Salud perinatal

Los indicadores de la salud perinatal se encontraron estadísticamente asociados a las condiciones sociales del lugar de residencia de la madre. En el año 1997, tanto el índice Apgar al minuto del nacimiento como el peso al nacimiento fueron discretamente mayores en las zonas más favorecidas, si bien los valores medios de esos índices estaban en los límites normales en todos los casos (figura 20). No obstante, el significado poblacional de esas pequeñas diferencias es relevante, como queda patente al analizar el bajo peso al nacimiento (menor a 2.500 g). Tras ajustar por la edad de la madre, los nacidos de residentes en las zonas más desfavorecidas tuvieron un riesgo de bajo peso un 62% mayor que los nacidos en las más favorecidas (figura 20).

Figura 20. Desigualdades en la salud perinatal según las condiciones socio-económicas del lugar de residencia. CAPV, 1997



2.2.4. Hábitos y estilos de vida

Consumo de alcohol. (Ver capítulo “Estilos de vida”)

Consumo de tabaco (Ver capítulo “Estilos de vida”)

Actividad física. (Ver capítulo “Estilos de vida”)

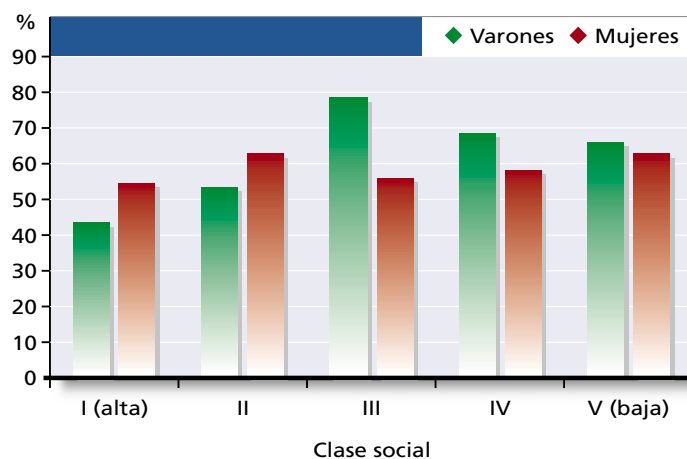
Hábitos de nutrición. Peso corporal. (Ver capítulo “Estilos de vida”)

♦ Prácticas preventivas

El patrón de las desigualdades sociales es relativamente diferente según sea el tipo de prácticas preventivas que se estudien. No parecen existir diferencias significativas en razón de la clase social de pertenencia cuando de la hipertensión arterial se trata y lo mismo puede decirse también del análisis preventivo de colesterol y de la hipercolesterolemia percibida.

El patrón social aparece un poco más marcado en la vacunación antigripal. Entre los varones son los de las clases más desfavorecidas los que mayor porcentaje de vacunación presentan (figura 21).

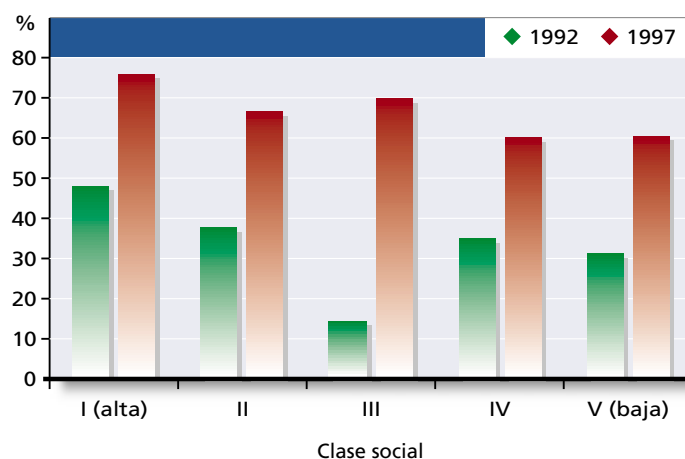
Figura 21. Personas que se vacunan frente a la gripe en función de la clase social. CAPV, 1997



Fuente: Encuesta de salud de la CAPV.

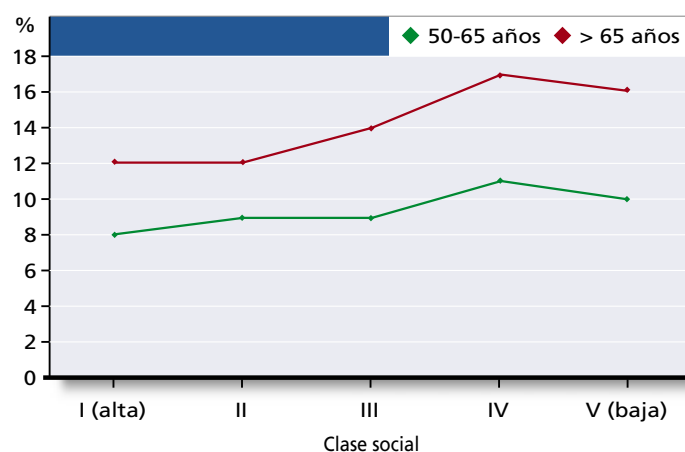
Con relación al programa de detección precoz del cáncer de mama, a pesar de que la tasa de participación es excelente (79,1%), persisten diferencias sociales relevantes en la realización de la mamografía: las mujeres de las clases más desfavorecidas siguen siendo las que refieren menor conocimiento del programa y una menor frecuencia en la realización de la exploración (figuras 22 y 23).

Figura 22. Evolución del porcentaje de mujeres de 50 a 65 años con una periodicidad inferior a dos años en la mamografía según la clase social. CAPV, 1992 y 1997



Fuente: Encuesta de salud de la CAPV.

Figura 23. Porcentaje de mujeres de 50 a 65 años que nunca se han hecho una mamografía según la clase social. CAPV, 1997



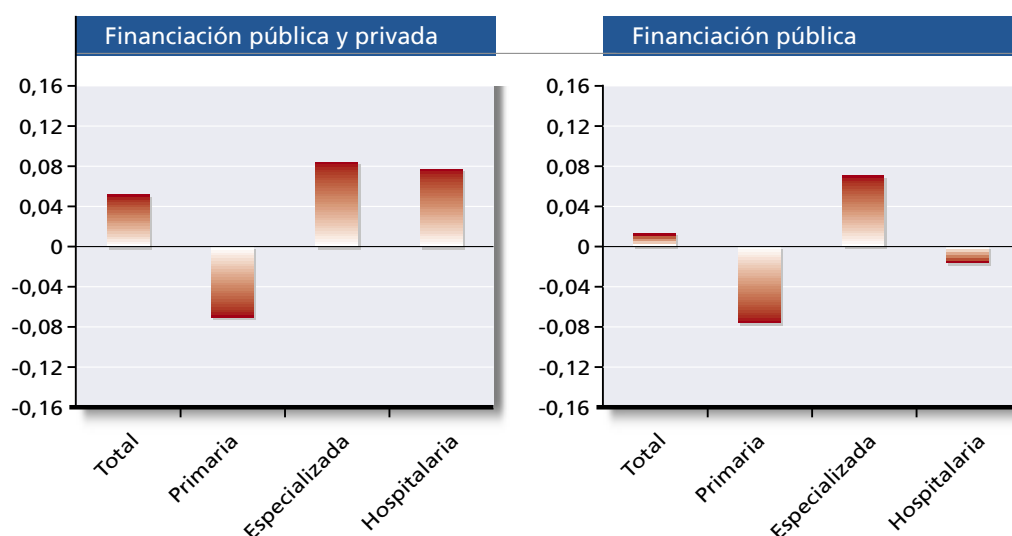
Fuente: Encuesta de salud de la CAPV.

2.3. Equidad en la provisión de servicios

Utilizando los datos de la ESCAV-97, se calcularon los índices de equidad propuestos por Wagstaff, van Doorslaer y Paci equivalentes al índice de concentración del gasto estandarizado por edad, sexo y nivel de salud. El rango de valores posibles para el índice va de +1,0 a -1,0. Los valores positivos del índice reflejan la existencia de inequidad favoreciendo a los colectivos con más recursos económicos, mientras que los negativos indican que la inequidad favorece a los más pobres.

Al considerar el gasto sanitario total de cada persona, financiado por fondos públicos y privados, el índice de equidad muestra valores positivos de mínima magnitud, lo que indica que el Sistema Sanitario de Euskadi se encuentra prácticamente en la situación de máxima equidad en la provisión de servicios (figura 24). Al considerar los diferentes niveles de atención, mientras que en atención primaria el índice mostró valores negativos, los índices correspondientes a la atención especializada, y en menor medida la atención hospitalaria, mostraron valores positivos.

Figura 24. Índice de equidad* en la provisión de servicios de salud. CAPV, 1997



* Los valores negativos indican la existencia de inequidad que favorecen a los más pobres, mientras que los valores positivos indican que la inequidad favorece a los más ricos.

2.4. Objetivos y estrategias de intervención frente a las desigualdades no equitativas

2.4.1. Objetivo general

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Diferencias sociales en la autovaloración en salud en varones	Disminuirlas un 25%	193%	144,8%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Diferencias sociales en la autovaloración en salud en mujeres	Disminuirlas un 25%	61,5%	46,1%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

* Año 1997.

2.4.2. Objetivos específicos (para el año 2010)

	Objetivo 2010	Situación actual	Situación 2010	Fuente
Diferencias sociales en el consumo de tabaco**	Disminuirlas un 25 %	43% *	32,3%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Diferencias sociales en proporción de personas obesas > de 16 años	Disminuirlas un 25 %	223% *	167,3%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Diferencias sociales en mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en varones menores de 65 años	Disminuirlas un 25%	39%***	30%	Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Diferencias sociales en mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en mujeres menores de 65 años	Disminuirlas un 25%	45%***	34%	Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

* Año 1997.

** Diferencias en consumo según nivel educativo para varones de 16-74 años y mujeres de 16-44 años. Estos grupos tienen un menor riesgo de ser fumadores en el caso de que su nivel de estudios sea superior al graduado escolar.

*** 1993-98.

2.4.3. Estrategias de intervención

1. Monitorización de las desigualdades en salud, tanto a nivel de la CAPV como a nivel local.
 - 1.1. Desarrollo de sistemas de información sanitaria que permitan conocer mejor la distribución de las desigualdades y monitorizar su evolución. Para esto deberá recogerse en ellos la información sobre la clase social de las personas, bien directamente o bien mediante el enlace con otras bases de datos.
 - 1.2. Producción de estadísticas periódicas del nivel de salud y del uso y calidad de los servicios de salud, según la clase social.

- 1.3. Puesta en marcha de un programa de investigación y desarrollo sobre las desigualdades en salud, que mejore el conocimiento sobre los mecanismos implicados en la producción de esas desigualdades, y proponga intervenciones dirigidas a reducirlas.
2. Actuación intersectorial.
 - 2.1. Diseño y evaluación de las políticas públicas sectoriales en términos de impacto sobre las desigualdades sociales en salud.
 - 2.2. Impulso de espacios de colaboración y coordinación entre los distintos Departamentos, ayuntamientos, instituciones y agentes sociales con intervención, directa o indirecta, en el área de la salud, tendentes específicamente a reducir las desigualdades sociales en la misma.
3. Desarrollo de políticas dirigidas a mejorar la salud y a reducir las desigualdades sociales de las mujeres en edad fértil, las mujeres embarazadas y la primera infancia, con el objetivo básico de que las desigualdades no se hereden.
 - 3.1. Intensificar los cuidados y el seguimiento médico del embarazo en los colectivos más desfavorecidos, a través de los servicios de atención primaria y las consultas de obstetricia, en colaboración con los servicios sociales.
 - 3.2. Intensificar la atención pediátrica preventiva en los colectivos más desfavorecidos.
 - 3.3. Mejorar la nutrición de las mujeres en edad fértil y de sus hijos menores, dando prioridad a la eliminación de la pobreza alimentaria y a la prevención y reducción de la obesidad.
 - 3.4. Reducción de la pobreza de las familias con hijos menores mediante las medidas de apoyo que sean necesarias.
 - 3.5. Apoyar emocional y socialmente a los padres y madres con hijos menores, a través de las visitas domiciliarias (pre y postnatales) de profesionales que den educación sanitaria, apoyo práctico y emocional para la preparación del parto y el cuidado del niño, y ayuda para enfrentarse a los problemas sociales y financieros.
4. Desarrollo de políticas de promoción de estilos de vida saludables, especialmente en lo relativo a los factores que muestran un gradiente social en su prevalencia o en sus consecuencias.
 - 4.1. Reforzar las políticas dirigidas a la reducción del consumo de tabaco de los grupos de población más vulnerables, y especialmente adolescentes, mujeres y colectivos sociales más desfavorecidos.
 - 4.2. Reforzar las políticas dirigidas a la reducción del consumo de alcohol de los grupos de población más vulnerables, y especialmente adolescentes, mujeres y colectivos sociales más desfavorecidos.
 - 4.3. Promover intervenciones intersectoriales tendentes a reducir la siniestralidad por accidentes asociados al consumo de alcohol.
 - 4.4. Impulsar los programas específicos de atención médica y social a las personas con dependencia alcohólica o problemática de salud derivada del consumo de alcohol, con especial atención a los grupos sociales desfavorecidos.
5. Promoción del principio de equidad en la provisión de los cuidados de salud (igual tratamiento a igual necesidad) en todas las políticas y programas desarrollados por el Sistema Sanitario de Euskadi, y entre las distintas áreas geográficas.
 - 5.1. Identificación y modificación de los factores determinantes de la inequidad en el acceso a los servicios de atención especializada.
 - 5.2. Orientación específica de los programas de prevención y promoción de la salud hacia los grupos más desfavorecidos
 - 5.3. Consideración de las desigualdades sociales en la atención sanitaria como un aspecto crucial en la valoración y mejora de la calidad de los cuidados de salud.